

**TIPO SEGURO:**

Decesos.

**ENTIDAD RECLAMADA:**

Mapfre Familiar, compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

**ASUNTO:**

La entidad no se hizo cargo de la prestación de decesos porque consideró que el seguro era nulo por enfermedad preexistente.

**INFORME FINAL:**

El Servicio de Reclamaciones consideró incumplido el artículo 10 de la LCS.

**CONCLUSIÓN:**

Las entidades aseguradoras deben asumir las consecuencias negativas de no realizar una adecuada valoración del riesgo previo a la contratación.

**2/2011. Rechazo del pago de la prestación por enfermedad preexistente sin cuestionario de salud previo a la contratación.**

La reclamante, exponía que, habiendo fallecido una de las aseguradas de la póliza, la entidad no se había hecho cargo de los gastos del servicio funerario, alegando que la persona fallecida estaba enferma en el momento en que contrató. Reconocía que, aunque sabía de la enfermedad de la asegurada, no actuó de mala fe, pues la aseguradora no sometió a cuestionario de salud a ninguno de los asegurados, por lo que debía hacerse cargo de la cobertura.

La entidad alegó que la póliza fue contratada el 1 de junio de 2007 y la asegurada falleció el 16 de mayo de 2008. La enfermedad se le diagnosticó en febrero de 2006 y desde esa fecha, la asegurada fallecida recibió tratamientos de radioterapia y quimioterapia. La aseguradora manifestaba que, el hecho de no someter a cuestionario previo a la contratación, no podía dejar inoperante la previsión contractual y legal sobre la exclusión de la cobertura en caso de omisión del padecimiento de una enfermedad grave y preexistente. Por tanto, y en aplicación del artículo 1265 del Código Civil, consideraba que su consentimiento a la contratación era nulo e ineficaz por la existencia de dolo, por lo que procedía la devolución de la parte de prima correspondiente a la asegurada fallecida.

El artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro establece que *“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

*El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.*

*Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.*

El criterio del Servicio de Reclamaciones fue considerar que la interpretación de la entidad, de entender que concurrió dolo en la prestación del consentimiento, como consecuencia de que la asegurada ocultó el padecimiento de una enfermedad grave y preexistente al momento de la contratación, no era conforme a la Ley de Contrato de Seguro. El citado artículo 10 configura el deber de declaración del tomador del seguro, como un deber de respuesta al cuestionario que presente el asegurador previo a la contratación, por lo que, no existiendo cuestionario, queda el tomador liberado de dicha obligación. En este caso, el asegurador no sometió a cuestionario de salud a ninguno de los asegurados, tampoco a la fallecida, por lo que debió haber procedido al pago de la prestación.